



Universidade de Aveiro Departamento de Ciências Médicas
Ano 2016

**Virna Maria Aguiar
Frota**

**Caracterização do Atendimento de Idosos no Centro
Saúde da Família do Município de Tauá**



**Virna Maria Aguiar
Frota**

**Caracterização do Atendimento de Idosos no Centro
Saúde da Família do Município de Tauá**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, na vertente Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alexandra Queirós, Professora Coordenadora da Escola de Saúde da Universidade de Aveiro e do Professor Doutor Nelson Pacheco da Rocha, Professor Catedrático do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro.

Aos meus avós CANDIDO FERREIRA AGUIAR E ANTONIA CONCEIÇÃO VASCONCELOS AGUIAR, pelo incentivo, amor e, sobretudo inspiração para conseguir chegar até aqui, ensinando-me através de experiências conquistadas, no decorrer de suas vidas, que a velhice pode ser linda. (IN MEMÓRIAM).

o júri

presidente

Doutora Maria Piedade Moreira Brandão

professora adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós

professora coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Doutora Ana Alexandra da Costa Dias

professora auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Eng.^a Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

A Deus, pela intensidade de sua presença em tudo que faço e a Maria Santíssima que juntos nunca me deixaram nos momentos difíceis me permitindo chegar até aqui.

Aos meus pais, razão da minha existência, que com muito esforço, amor e dedicação me proporcionaram o necessário para essa conquista, principalmente a minha mãe pela dedicação, e apoio incondicional nas horas mais difíceis da minha vida.

Aos meus filhos, Morais Neto e Ian Frota onde encontro força que me motivam lutar pela conquista dos meus ideais.

Aos meus avós Candido e Conceição Aguiar, pelo incentivo, amor e sobre tudo inspiração para conseguir chegar até aqui, ensinando-me através das experiências conquistadas, no decorrer de suas vidas, que a velhice também pode ser linda.

Aos meus irmãos Rennys e Glícia Frota que Sempre fomentam os meus sonhos e me ajudaram concretizar a realização desse mestrado, a minha tia Margarida que me incentivou e me acolheu com muito carinho e amor em sua residência durante o período de aula do mestrado, primos (as), tios (as) aos amigos, colegas e professores, e daqueles que dão significado a minha vida e que no decorrer desta caminhada me deram sempre uma palavra de estímulo tornando possível a realização de mais uma etapa conquistada.

Aos meus orientadores, professores Nelson Pacheco Rocha e Alexandra Queirós, e às professoras Eliza Angélica e Janaia Oliveira, pela supervisão, apoio e desenvolvimento desse trabalho.

palavras-chave

Idosos. Prontuário Eletrônico. Cuidados Primários.

resumo

O prontuário eletrônico do paciente permite a informatização de registros clínicos que são normalmente suportados em papel, o que conduz a uma melhor qualidade das atividades assistenciais. O presente estudo é um estudo descritivo-exploratório, com o objetivo de compreender os procedimentos relativos ao atendimento ao idoso nos centros da Atenção Primária e elencar as expectativas dos respectivos profissionais. Os dados foram coletados com o auxílio de um questionário específico desenvolvido pela autora. Os resultados demonstram a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na assistência aos utentes idosos e o interesse dos profissionais em que a referida Caderneta evolua para um prontuário eletrônico do idoso.

keywords

Elderly. Electronic health records. Primary care.

abstract

The electronic health record allows the digitalization of clinical records that are usually supported on paper, which leads to a better quality of the care providing. This study is a descriptive and exploratory study to understanding the elderly care procedures in Primary Healthcare unities and to identify the expectations of the respective professionals. Data collection was performed with a specific questionnaire developed by the author. The results show the importance of the *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* in the care of elderly patients and the interest of the professionals in the evolution of this instrument to an electronic health record specially designed to support the care of elderly people.

Índice

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1. OBJETIVOS	2
1.2. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	2
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO	3
2.1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NAS POLÍTICAS BRASILEIRAS	3
2.2. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O IMPACTO NOS SISTEMAS DE SAÚDE	5
2.3. ATENDIMENTO DIFERENCIADO	6
2.4. CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	8
2.5. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE	9
2.5.1. VANTAGENS E DESVANTAGENS.....	10
2.5.2. RISCOS E OBSTÁCULOS.....	12
CAPÍTULO 3 – MÉTODOS.....	13
3.1. TIPO DE PESQUISA	13
3.4. PÚBLICO ALVO DA PESQUISA.....	13
3.2. ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	13
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	15
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	15
4.2. ATENDIMENTO AOS IDOSOS	15
4.3. UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	16
4.4. PARTILHA DE INFORMAÇÕES CLÍNICA DO USUÁRIO ENTRE OS PROFISSIONAIS.....	18
4.5. OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PEI	20
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	23
5.1. ATENDIMENTO AOS IDOSOS	23
5.2. UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	24
5.3. PARTILHA DE INFORMAÇÕES CLÍNICA DO USUÁRIO ENTRE OS PROFISSIONAIS.....	25
5.4. OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PEI	26
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICES.....	33
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	35
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Protocolo de atendimento à pessoa idosa.	15
Gráfico 2: Fluxo de Informações referentes à saúde do idoso.	16
Gráfico 3: Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais.	16
Gráfico 4: A utilização da Caderneta por parte dos idosos quando vão às consultas.	17
Gráfico 5: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como fonte de pesquisa para construção de indicadores da saúde do idoso.	17
Gráfico 6: Impacto no atendimento ao idoso na Atenção Primária com a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	17
Gráfico 7: Informações sobre atendimento ao idoso são registradas pelos profissionais de saúde.	18
Gráfico 8: Como são registradas as informações.	18
Gráfico 9: Periodicidade do compartilhamento das informações de saúde dos usuários.	19
Gráfico 10: Acesso às informações clínicas.	19
Gráfico 11: Acompanhamento da evolução clínica dos usuários.	19
Gráfico 12: Grau de resolutividade do atendimento dos idosos.	20
Gráfico 13: Necessidade de desenvolver um PEI.	20
Gráfico 14: Necessidade da implantação de um PEI para o idoso.	21

Abreviaturas e siglas

CNS: Cartão Nacional de Saúde.

IVCF-AB: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional para a Atenção Básica.

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente.

PEI: Prontuário Eletrônico do Idoso.

SIH: Sistema de Informações Hospitalares.

SUS: Sistema Único de Saúde.

Capítulo 1 – Introdução

No Brasil, à semelhança do que acontece em outros países, assiste-se a um envelhecimento demográfico muito acentuado, resultado da redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a ter, em 2050, 18% da sua população nesse segmento, ou seja mais de 50 milhões de pessoas idosas (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011). Esta alteração demográfica tem implicações severas no contexto sociopolítico do país. Dentre os maiores desafios está a implementação organizada e coordenada de estratégias de atenção à saúde do idoso em todo o país (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Atualmente, o envelhecimento populacional tem ganho relevância ao nível das políticas públicas porquanto estas procuram garantir um envelhecimento saudável, com qualidade de vida para o idoso (Godoi, 2009).

Para enfrentar o envelhecimento populacional de forma estruturada, faz-se necessária a atuação efetiva da sociedade, dos profissionais de diversas áreas do conhecimento, bem como dos governantes, trabalhando na formulação, implantação e, principalmente, na implementação de políticas públicas voltadas para o pleno atendimento ao idoso. A Política Nacional do Idoso teve como objetivo principal criar condições reais para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações orientadas, não apenas para os mais idosos mas também para aqueles que estão a envelhecer (Godoi, 2009).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para o idoso, que deve ser utilizada regulamente pelos idosos cadastrados nas unidades de saúde como forma de prevenção de agravos. Constitui-se num documento que permite ao profissional ou instituição de saúde acompanhar a evolução do paciente.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) já existe no Brasil e representa uma ferramenta que possibilita melhora no sistema de tomada de decisão, e também melhora a qualidade nos cuidados ao paciente. Além disso, ainda dispõe da composição de juntas médicas "virtuais", na qual o profissional, do seu local de trabalho, compartilha dados e discute decisões com outros companheiros, podendo receber, no seu local de trabalho, auxílio de profissionais mais especializados no assunto em questão.

Apesar de já existirem ferramentas de registro eletrônicas, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um registro em papel e tem associado todas as desvantagens que um prontuário em papel tem. Por forma a assegurar a evolução natural da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de um formato em papel para eletrônico, interessa perceber como é realizado o atendimento ao idoso e, em particular, como é utilizada esta ferramenta.

1.1. Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é a caracterização do atendimento de idosos no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá.

Para a prossecução do objetivo geral identificado, procurou-se compreender os procedimentos relativos ao atendimento ao idoso nos centros da Atenção Primária e elencar as expectativas dos profissionais, do que resultou a definição dos seguintes objetivos específicos:

- Compreender por meio da percepção dos gestores e profissionais de saúde, como ocorre o atendimento prestado ao idoso na Atenção Primária.
- Verificar como é utilizada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária.
- Verificar como é feita a partilha de informações entre os profissionais da Atenção Primária.
- Averiguar a opinião dos profissionais da Atenção Primária quanto à implantação do Prontuário Eletrônico do Idoso (PEI).

O estudo decorreu no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá. Tauá é um município brasileiro do estado do Ceará localizado na região Nordeste do Brasil, dentro do bioma Caatinga. É o segundo maior município em extensão territorial do Ceará.

1.2. Estrutura da Dissertação

A presente dissertação é constituída por seis capítulos, incluindo este capítulo introdutório.

No segundo capítulo, Enquadramento, abordam-se as implicações do envelhecimento demográfico nas políticas públicas brasileiras, o seu impacto nos sistemas de saúde, o papel da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para promover o atendimento diferenciado da pessoa idosa e a possível utilização da informática, designadamente da tecnologia associada aos PEP, para a otimização dos cuidados prestados à pessoa idosa.

No capítulo Material e Métodos apresenta-se o desenho do estudo subjacente à presente dissertação.

No capítulo Resultados apresentam-se os resultados experimentais da aplicação do questionário desenvolvido pela autora.

No capítulo Discussão de Resultados discutem-se os resultados na perspetiva dos objetivos de investigação delineados para a presente dissertação.

Finalmente, no último capítulo, Conclusão, sintetizam-se algumas conclusões e perspetiva-se o trabalho futuro.

Capítulo 2 – Enquadramento

No Brasil, assiste-se a uma transição demográfica muito acelerada, efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, o que resulta numa transformação da pirâmide etária da população. Esta alteração na pirâmide etária brasileira acarreta em mudanças nos padrões de morbi-mortalidade e sociopolíticas, e também apresenta uma transição das condições de saúde caracterizada pela queda das condições agudas em detrimento das condições crônicas. Dentre os maiores desafios está a implementação organizada e coordenada de estratégias de atenção à saúde do idoso em todo o país (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

A pessoa idosa tem ganho visibilidade e espaço na sociedade, como pessoa ativa e participante. E tem sido alvo também das políticas públicas, que são formuladas tendo como principal foco a autonomia da pessoa idosa, o envelhecer com saúde, diferentemente do que se pensava há alguns anos atrás, onde a pessoa idosa era vista como inútil, sem condições físicas e mentais para realizar qualquer atividade, e privada de saúde, educação, lazer, sexualidade dentre outros, posto a sua condição de “velho” (Freitas et al., 2011).

Nos últimos anos, as preocupações com o envelhecimento populacional têm ganho relevância ao nível das políticas públicas por forma a “permitir um envelhecimento saudável, preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter a qualidade de vida do idoso, tendo como diretriz a promoção do envelhecimento saudável” (Godoi, 2009, p.23).

Ressalta-se que o processo de envelhecimento é muito complexo, pois altera a vida dos indivíduos, bem como dos familiares. A condição funcional de um indivíduo refere-se à capacidade que ele tem para realizar atividades habituais, uma vez que conforme Oliveira e Mattos (2012), a capacidade funcional é definida como a habilidade física e mental para manter uma vida de forma independente e autônoma, com plena realização de uma tarefa pelo indivíduo. Assim, a incapacidade funcional está associada a dificuldades para realizar atividades quotidianas, que são subdivididas em atividades de vida diária, grupo que compreende atividades do autocuidado, e atividades instrumentais de vida diária, grupo que compreende atividades de interação comunitária (Marchon et al., 2010).

O aumento da percentagem de indivíduos com 85 ou mais anos, acarreta novos desafios, especialmente para os países em desenvolvimento, pois apesar da longevidade, essa população emergente passa a apresentar maior incapacidade funcional (Marchon et al., 2010).

2.1. O Envelhecimento Demográfico nas Políticas Brasileiras

O envelhecimento populacional do Brasil poderá trazer algumas preocupações, principalmente relacionadas ao sistema de saúde, pois se sabe que os idosos representam a faixa etária que tende a consumir maior quantidade de serviços de saúde. Alia-se a esse facto a escassez de recursos financeiros destinados à saúde e ainda que o medicamento é importante instrumento de recuperação, prevenção e tratamento, principalmente das doenças crônicas. O crescimento da população idosa, atualmente, constitui-se em um desafio para as esferas econômica e social, bem como uma responsabilidade para o governo e para a sociedade. Com isso, instaura-se um novo paradigma em curso, merecedor de estudos e estabelecimento de políticas públicas específicas para a prevenção de seus efeitos (Organização Mundial de Saúde, 2008). A racionalização na utilização de serviços de saúde e medicamentos apresenta-se como um dos objetivos fundamentais para a equipe de saúde pública.

Diante deste cenário torna-se fundamental uma atuação integrada e sinérgica focada no estímulo à alocação de recursos tecnológicos destinados às instituições públicas de fomento à Inovação visando adequação e melhoramento contínuo das políticas públicas focadas nas reais necessidades e interesses como forma de aumentar a qualidade, melhorar a eficiência dos cuidados em saúde para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.

O idoso deve ser mantido na família e na sociedade de forma ativa e construtiva, o que é essencial para que seja assegurado o direito universal à saúde, garantido melhor qualidade de vida nos anos adicionais adquiridos com o aumento da longevidade.

No Brasil, a preocupação com a incapacidade como assunto de saúde pública justifica-se pelo envelhecimento populacional rápido e intenso, pelo baixo nível socioeconômico e educacional e pela alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e de incapacidades entre os idosos brasileiros (Giacomin et al., 2008).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional do Idoso por meio da portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006 que traz em seu âmago o envelhecimento ativo e saudável em todos os aspectos de vida do idoso (Brasil, 2006).

Além desta iniciativa, temos como uma das principais vias de acesso ao direito da pessoa idosa de maneira mais específica, o Estatuto do Idoso lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003, que visa subsidiar e reforçar com mais veemência a importância e a atenção que deve ser dirigida ao idoso (Brasil, 2003).

De acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), Título II, capítulo I, artigo 8º:

“O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da legislação vigente.”

Em relação a saúde podemos observar no capítulo IV, artigo 18 o seguinte:

“As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o entendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.”

Também faz parte do Estatuto do Idoso, a formação de profissionais de saúde com visão particular ao cuidado do idoso, tanto a nível primário como secundário por meio da educação permanente preconizada pelo Ministério da Saúde. Dentro das perspectivas de cuidado a pessoa idosa, uma ação estratégica é a formação de cuidadores informais para idosos com dependência funcional ou cognitiva, que se apresenta no Manual de Formação lançado pelo Ministério da Saúde em 2008, cujas informações seriam muito mais otimizadas se estivessem registradas num Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (Massad e Marin, 2003).

Já desde 1993, que existem leis de proteção ao idoso, como a Lei referente a atenção ao idoso quando se trata da Assistência Social. Essa Lei é a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8742, de 07 de dezembro de 1993 (Brasil, 1993). O seu capítulo I, artigo 1º, diz que:

“A assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais.”

Godoi (2009) fala sobre essa Lei e comenta alguns artigos na mesma, entre eles o artigo 2º que fala sobre a proteção à família, a maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

No ano de 1994, estabeleceu-se a Lei nº 8842 com o nome de Política Nacional do Idoso Lei nº 8842 com o nome de Política Nacional do Idoso, a qual construiu normas que diz respeito aos direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação por meio de canais institucionais como o Conselho do Idoso, sendo um dos instrumentos de cidadania (Brasil, 1994).

A Política Nacional do Idoso teve como objetivo principal criar condições reais para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações orientadas, não apenas para os mais idosos mas também para aqueles que estão a envelhecer (Godoi, 2009, p. 21).

Em 1996, o Decreto nº 1948 regulamenta a Lei nº 8842 que trata da Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994). Essa implementação fez com que em 1997, lançasse o Plano de Ação Governamental para Integração da Política Nacional do Idoso. Afinal as entidades públicas têm obrigações e competências tais como: “estimular a criação de locais de atendimento aos idosos (centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros); apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade; impedir a discriminação do idoso; e promover a sua participação no mercado de trabalho” (Santini, 2009, p. 35).

2.2. O Envelhecimento Demográfico e o Impacto nos Sistemas de Saúde

O rápido aumento da população idosa, como observado no Brasil, resulta em uma demanda cada vez maior por serviços de saúde, trazendo para estes importantes repercussões econômicas (Lima-Costa e Veras, 2003). Os estudos brasileiros sobre custos de internações hospitalares são, geralmente, direcionados para a avaliação do impacto econômico de causas selecionadas, como doenças isquêmicas do coração (Laurenti, Buchalla e Caratin, 2000) e causas externas de morbidade (Feijó e Portela, 2008).

Em termos de política social, é dever de o Estado assegurar a todos o direito à saúde. E para que esse direito fosse assegurado na Constituição Federal de 1988 que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS). Este está estruturado de forma descentralizada, hierárquica e regionalizada (Santini, 2009).

O SUS vem ao longo dos anos procurando melhorar o acompanhamento tanto dos profissionais de saúde quanto dos próprios familiares em relação às pessoas idosas e através disso tem criado alguns programas como farmácias populares onde o idoso tem a venda de medicamentos facilitada ou a parentes e amigos caso tenham procuração.

A maior preocupação do SUS atualmente é a questão das quedas em idosos e suas consequências, as quais hoje têm tomado uma dimensão de epidemia e não se pode esquecer que os custos são incalculáveis. Esse problema atinge diretamente os próprios familiares de acordo com os agravos de cada queda como hospitalização, tratamento cirúrgico. E para o SUS esses custos também são bastante altos.

A cada ano, o SUS tem gastos crescentes com tratamentos de fraturas decorrentes das quedas. Em 2015 foram gastos R\$ 58.884.326 com internações de idosos por fratura de fêmur e R\$ 20 milhões com medicamentos (Carvalho e Coutinho, 2015).

Considerando a necessidade integrar as informações para a melhor gestão do SUS e sua qualidade no atendimento prestado é fundamental um instrumento que identifique os usuários e os vincule aos procedimentos realizados em cada um. Para isso foi criado o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que possibilita a identificação do usuário, do profissional e da

unidade de saúde onde foram realizados os procedimentos executados no circuito do SUS (Hogarth e Sabbatini, 2008). O CNS suporta a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde, que recebem um número nacional de identificação. Segundo Casotti (2007), o CNS tem por objetivos: suportar a construção de uma base de dados de histórico clínico do paciente; permitir a identificação imediata do usuário, com agilidade no atendimento; melhorar e ampliar o acesso da população a medicamentos; possibilitar a revisão do processo de compra de medicamentos; permitir a integração de sistemas de informação; possibilitar o acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra referência dos pacientes; rever os critérios de financiamento e racionalização dos custos; fomentar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde; e contribuir para a gestão e avaliação de recursos humanos.

De entre os sistemas que utilizam o CNS destaca-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS permite determinar o perfil de hospitalizações da população idosa brasileira, bem como os custos correspondentes e os seus dados SIH são de fácil acesso e disponibilizados rapidamente.

2.3. Atendimento Diferenciado

No Brasil, a legislação de proteção social avançou muito em anos recentes e, certamente, o marco desse processo foi a promulgação do já referido Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

É importante analisarmos ainda sobre o aspe to de lei do Estatuto do Idoso quanto à questão da prioridade, visto que não trata apenas de prioridade na área da saúde, mas sim, também, possui o idoso proteção legal de forma a angariar prioridade também em ações judiciais.

O próprio Estatuto do Idoso discorre sobre o assunto em seu texto, pois evidencia a necessidade da celeridade no atendimento da população idosa. Além de outros direitos, está explícita a preferência e rapidez com que o Estado tem que gerir a saúde do idoso na área jurídica. Nele fica exposto de maneira clara, conforme o artigo 71, que é assegurada a prioridade na tramitação dos processos e procedimentos que envolvam pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

O artigo 71 ressalta que é assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, em qualquer instância:

“Parágrafo 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

Parágrafo 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

Parágrafo 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

Parágrafo 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.”

Corroborando com o que se diz sobre a preferência no atendimento aos idosos, em especial o atendimento médico-hospitalar, além do artigo supracitado, o artigo 75 do mesmo Estatuto, onde em seu texto fica claro o caráter especial com que tem que ser tratada a população idosa. Pois nele está exposta a obrigatoriedade da participação do Ministério Público na defesa dos interesses e direitos da parcela populacional de que cuida esta Lei, conforme verifica-se a seguir:

“Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.”

Comprovando ainda mais essa prioridade garantida por lei, em se tratando da proteção do Ministério Público, pode-se ainda nos aprofundar mais no assunto ao citar o artigo 77 do Estatuto, que traz exposto em seu texto que a não participação do Ministério Público nas ações judiciais em que estejam envolvidos idosos, acarreta a nulidade do feito, que deverá ser declarada de ofício pelo juiz. O artigo 77 diz que:

“A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.”

Não menos importante é o que traz em seu texto o Estatuto do Idoso, no artigo 82, nos elucidando que todas as espécies de ação são pertinentes para a defesa dos interesses e direitos por quem por ele está protegido.

“Artigo 82. Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes.

Parágrafo único. Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que lesem direito líquido e certo previsto nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança.”

Também versa sobre o tema em questão o artigo 83 do Estatuto do Idoso, pois nele está fulgente a celeridade de que necessita o idoso no sistema jurídico nacional, pois assegura que o juiz concederá tutela específica para garantir o resultado prático que necessita o idoso que pleiteia seus direitos:

“O artigo 83. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento.

Parágrafo 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do artigo 273 do Código de Processo Civil.

Parágrafo 2º O juiz poderá, na hipótese do parágrafo 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou

compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

Parágrafo 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.”

Por fim, mas não menos importante, o artigo 90 do Estatuto enfatiza novamente a preferência e o tratamento especial ao qual a população idosa tem direito, pois traz no corpo de seu texto a obrigatoriedade que estão submetidos agentes públicos e tribunais, quanto ao facto de denunciar crime de ação pública contra idoso e, nesse contexto, podemos entender a negligência que a população idosa enfrenta no atendimento médico-hospitalar no nosso País.

2.4. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi criada em 2007 e, desde então, é entregue às Secretarias Estaduais de Saúde e Municipais. Até o final de 2010 foram distribuídos na rede pública 13 mil livretos em todo o país. Em posse dela, o paciente terá registradas informações importantes sobre sua saúde, tais como controle de peso, glicemia e medicação utilizada.

A implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa deu-se inicialmente a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família, foi acompanhada por um manual para os profissionais de saúde de modo a assegurar o correto preenchimento e manuseio da referida caderneta.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é preenchida pelo Agente Comunitário no momento da realização da visita domiciliar, onde haja um morador de 60 anos ou mais, ou na Unidade Básica de Saúde, quando a pessoa for consultar. O preenchimento deve conter informações providenciadas pelo próprio indivíduo, pelo que se deve deixá-lo à vontade para citar o que lhe for conveniente. Assim, é de extrema importância que seja resguardada a privacidade individual.

É função da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa proporcionar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz.

Assim, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para o idoso. Nela deve-se registrar se o idoso caiu alguma vez no ano, se ele caiu mais de uma vez, e quais motivos aparentes das quedas. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa deve ser utilizada regulamente pelos idosos cadastrados nas unidades de saúde como forma de prevenção de agravos, uma vez que nela tem-se controle de dados como pressão arterial e outros.

O preenchimento correto dos dados pessoais da pessoa idosa é de grande relevância para estabelecer um contato personalizado com o usuário, para definir o perfil de risco social, econômico e familiar. Ao mesmo tempo, os dados registrados servem para avaliação das mudanças na dimensão social da vida do idoso e de sua possível relação com desfechos da saúde.

Na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa existe uma seção identificação de risco que traz as principais condições associadas a um maior risco de desfechos adversos em idosos. Todas as informações desta seção são utilizadas para o preenchimento do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional para a Atenção Básica (IVCF-AB), que é um instrumento simples e rápido de identificação do idoso de risco. Assim, o sistema de saúde poderá propor intervenções capazes de evitar o declínio funcional, hospitalização ou óbito.

Outra seção traz observações sobre cirurgias realizadas ao longo da vida pois a probabilidade de o idoso já ter sido submetido a uma intervenção cirúrgica é muito alta. Esta informação pode ser bastante útil na avaliação global do idoso e no reconhecimento de algumas complicações que podem estar relacionadas a determinadas cirurgias. Além disso, pode afastar determinados diagnósticos. Por exemplo, o idoso já submetido à apendicectomia (retirada do apêndice), não tem mais o risco de ter apendicite. Outro exemplo frequente é a varicectomia (cirurgia para varizes nas pernas), que pode explicar um edema de membros inferiores atual. Se houver histórico de alguma complicação cirúrgica ou clínica durante a internação, esta informação também deverá ser anotada.

Também se deve anotar o nome de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por profissionais de saúde ou na forma de automedicação, assim como registrar também os medicamentos suspensos com a justificativa da mudança.

2.5. Prontuário Eletrônico do Paciente

O PEP ou Registro Eletrônico de Saúde é a informação mantida eletronicamente sobre o estado de saúde e os cuidados que o paciente recebeu durante toda sua vida (Mourão e Neves, 2007).

O PEP deve conter toda documentação referente à saúde do indivíduo. Essa documentação é formada por elementos diversos, como, por exemplo, consultas, registros de enfermagem, prescrições médicas ou resultados de exames. Serve como instrumento de pesquisa, apoio a decisão, auxiliando na continuidade do tratamento.

O PEP pode ser caracterizado como um componente de um sistema de informação por ser o registro em computador de dados clínicos do paciente no período do atendimento. Abrange a assistência médica como um todo, levando em consideração a história do indivíduo. Permite eficiência e qualidade nos serviços prestados, com a diminuição do trabalho e eventuais erros, e o uso metodologias de segurança adequadas para garantir a integridade dos dados.

Para o Institute of Medicine o registro computadorizado do paciente se constitui num “sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários, através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios” (Murphy et al., 2008, p. 45).

O PEP não é, no entanto, um sistema de informação trivial. Se considerarmos que uma pessoa ao longo de sua vida recebe atendimento em diversas instituições de saúde, sendo que cada uma destas instituições armazena uma parte das informações de saúde do indivíduo, torna-se claro que o PEP é um sistema inerentemente distribuído (Casotti, 2007).

Além disso, como cada instituição de saúde possui um sistema de informação diferente, utilizando potencialmente diferentes linguagens de programação, sistemas operacionais e plataformas de hardware, o PEP é também um sistema heterogêneo. Aliando a isto o facto de que a informação em saúde é complexa e pouco estruturada, a construção de um prontuário eletrônico que reúna todas as informações de uma pessoa desde o seu nascimento até a sua morte é um dos maiores desafios na área de sistemas de informação (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, 2009).

Nos últimos anos, entretanto, surgiram tecnologias que podem facilitar muito a tarefa de construção do PEP. Estas tecnologias, aliadas à Internet, representam a possibilidade de reunir todas as informações de uma pessoa, mesmo que elas estejam distribuídas em complexos sistemas heterogêneos e distribuídos.

2.5.1. Vantagens e Desvantagens

O prontuário em papel tem sido amplamente utilizado no decorrer do tempo, e constitui-se o documento que permite ao profissional ou instituição de saúde acompanhar a evolução do paciente, no entanto representa muitas vezes uma dificuldade a ser enfrentada. O texto apresenta, geralmente, uma ordenação variável, com particularidade de quem o escreve. Por exemplo, a grafia torna-se, muitas vezes, incompreensível para outras pessoas, e a ausência de um padrão preestabelecido resulta na falta de dados ou no aparecimento de ambiguidades. Também, é de difícil transporte, necessita de grandes espaços físicos para armazenamento e só pode estar em um único lugar a cada tempo. Como vantagem podemos observar maior facilidade de manejo pelos profissionais não familiarizados com informática.

O PEP, por sua vez, envolve a necessidade do profissional acostumar-se ao uso do computador, ou seja, conseguir digitar dados com a mesma naturalidade com que escreve, tornando os dados médicos registrados mais eficazes. Nesse contexto o PEP representa uma ferramenta que possibilita melhorias no sistema de tomada de decisão, e também melhora a qualidade nos cuidados ao paciente. Além disso, ainda dispõe da composição de juntas médicas "virtuais", na qual o profissional, do seu local de trabalho, compartilha dados e discute decisões com outros companheiros, podendo receber auxílio de profissionais mais especializados no assunto em questão, do seu local de trabalho.

A Resolução CFM nº 1.638/2002 (Conselho Federal de Medicina, 2002), em seu Art. 1º, define o PEP como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de factos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, de carácter legal, sigiloso e científico, comunicação entre equipas multiprofissionais e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. A Resolução CFM nº 1.639/2002 (Conselho Federal de Medicina, 2002a), em seu Artigo 4º, estabelece que o prazo mínimo a partir do último registro para a preservação dos PEP em suporte de papel é de 20 anos. O tempo de guarda do prontuário em papel é um fator pouco estimulante para as Unidades Hospitalares, que precisam investir em dois modos de armazenamento: papel e sistema digital.

O Conselho Federal de Medicina, através das resoluções 1.638/2001 e 1.639/2002 (Conselho Federal de Medicina, 2002; 2002a), reconhece o PEP como forma legal de arquivamento das informações do paciente. Reconhece, inclusive, a assinatura eletrônica como legítima substituta da assinatura do médico nos documentos de internação, alta e prescrição.

O PEP agrupa em um único local, todas as informações clínicas e assistenciais de todos os atendimentos dos pacientes, simplifica o armazenamento de dados, facilitando e agilizando o dia-a-dia de trabalho dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, já que não precisaram manusear o papel. Gerando, assim, confidencialidade dos dados, hospital sem papel, maior segurança no acesso remoto as informações do prontuário por vários profissionais de saúde, relatórios com informações seguras de apoio a tomada de decisões para a gestão da instituição.

Com o uso da tecnologia na coleta de dados dos pacientes elimina-se o extravio de papel, gerando uma expectativa em eficiência muito maior na transferência desses dados, servindo de fonte de informações sobre o paciente e os serviços a eles prestados, na integração com o Sistema de Informação Hospitalar e os Sistemas de Informação em Saúde de base Nacional para o controle social, econômico, organizacional e externo.

Salvador e Almeida Filho (2005) afirmam que o PEP é uma ferramenta fundamental para médicos e outros profissionais em saúde e também para gestores hospitalares que podem controlar as informações pessoais e administrativas relacionadas ao paciente, de maneira eficiente. Os gestores, através do PEP, podem conhecer os custos, lucros e prejuízos ocorridos dentro de determinado período de tempo, recursos materiais e humanos alocados, assim como utilizá-lo para fazer previsões de investimento a médio e longo prazo.

Novaes (2003) diz que além dos médicos, muitos outros profissionais produzem atualmente registros sobre a atenção que desenvolveram com o paciente, os prontuários tornam-se cada vez mais volumosos, há uma preocupação crescente com a documentação de todos os procedimentos face as possíveis questionamentos jurídicos, há necessidade de preservação do sigilo das informações registradas, essas têm sido questões rotineiras a serem colocadas em discussão nos serviços de saúde.

Mota (2006) diz que os prontuários são elementos necessários para o desenvolvimento das atividades de administração de qualquer unidade hospitalar, para os cuidados e atenção aos pacientes e ainda para subsidiar pesquisas. O prontuário torna-se progressivamente um repositório de informações.

O estabelecimento do controle governamental na gestão da rede de saúde depende do sistema de informação hospitalar, que, como parte do sistema de informação de saúde nacional e com responsabilidade social, bem como o gerenciamento dos serviços, da economia e do patrimônio em um ambiente hospitalar, precisa funcionar de maneira integrada.

De acordo com Costa (2001) o PEP também possui algumas desvantagens: necessidades de grandes investimentos de hardware, software e treinamento, resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados, e ocorrência de falhas que podem deixar o sistema inoperante, ocasionando transtornos.

Mota (2006) afirma que a evolução da tecnologia tem proporcionado as pesquisas e práticas constantes para a implementação PEP, ocorrendo assim, uma grande redução nos custos de investimento em hardware e software, com isso, essas desvantagens poderão ser eliminadas no decorrer do tempo.

Embora a polêmica sobre as vantagens e inconvenientes do suporte em papel e do PEP continuem, observa-se empiricamente que a tendência das organizações de saúde está sendo no investimento em tele-saúde como alternativa para facilitar a qualidade, o tratamento, a gestão e o fluxo informacional, e conseqüentemente, o acesso à saúde e neste contexto está inserido o PEP (Pinto, 2006).

A elevada quantidade de prontuários, aliada à escassez de espaços físicos e a inexistência de uma metodologia sistemática de acondicionamento e recuperação desses documentos, constituem-se atualmente em imensos problemas que demandam análises e ações urgentes, considerando que o armazenamento do prontuário em papel, além de necessitar de grande espaço físico e disponibilidade de tempo para a procura, pode não ser um meio adequado e seguro.

2.5.2. Riscos e Obstáculos

Na construção de um PEP, onde as informações clínicas são totalmente integradas encontramos várias dificuldades como: carência de planejamento estratégico na implantação do sistema; falta de incentivo interno da organização para obter a integração clínica, uma vez que a ideia de visualizar o todo para poder tratar uma das partes não é praticada por muitos e falta de planejamento do atendimento à saúde da população e autonomia dos hospitais.

Segundo Casotti (2007), como toda implantação sistêmica, o PEP pode representar problemas e causar certa resistência em seu uso, em decorrência do desgaste, da cultura dos colaboradores, empenho e investimento necessários. Muitas dúvidas ainda estão por vir até que se entendam as necessidades de sua utilização.

De acordo com Massad e Marin (2003) o potencial do PEP para automatizar, padronizar, organizar, e oferecer inteligência para o sistema de saúde ainda não é completamente compreendido pelo mercado, mesmo porque funções mais básicas de automatização do registro do atendimento ainda não estão resolvidas. Se o potencial que o PEP incorpora é mal compreendido, a situação se torna ainda mais angustiante quando se trata da compreensão das dificuldades de implantação do PEP.

A grande maioria das empresas tende a ver o PEP como um programa que coleta os dados de forma estruturada dentro da organização de saúde, e os disponibiliza a todos os usuários autorizados. Esta visão, amplamente aceita em um passado recente, tem-se mostrado insuficiente para atender as necessidades de pagadores, prestadores e deste importante ator, até o momento esquecido: o paciente.

Marin (2010) descreve algumas barreiras que dificultam a implantação do PEP: a falta de planejamento estratégico; pouco incentivo para atingir integração clínica; autonomia institucional dos hospitais; profissionais (novas funções, novos papéis); sistemas de informação inadequados; e doutrina administrativa, pois, os hospitais gastam em média 1 a 3% do orçamento em sistemas computacionais enquanto as empresas industriais gastam 7 a 10%.

Com a evolução da informática na saúde a tendência para a construção do PEP é cada vez mais uma realidade. Porém, deparamos com alguns obstáculos como, por exemplo, o investimento elevado, tanto do ponto de vista humano como financeiro e organizacional. O processo é demorado e a integração dos profissionais é obrigatória. Com o interesse na busca da qualidade cada vez maior no atendimento à saúde da população, os recursos necessários e o investimento alto, estão justificados.

Capítulo 3 – Métodos

3.1. Tipo de Pesquisa

Será realizado um estudo descritivo-exploratório no intuito de caracterizar o atendimento de idosos no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá.

Segundo Vergara (2007, p. 47), a pesquisa descritiva “expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza.”

É de caráter exploratório, pois, segundo Moresi (2008, p. 9), ela “é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado”. O estudo exploratório segundo Gil (2010, p.12) tem como objetivo, como já diz o nome, “explorar o problema, torná-lo explícito, aprimorando ideias, comparando, geralmente a dados bibliográficos, de forma a compreendê-los”. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado facto.

3.4. Público Alvo da Pesquisa

Serão abordados os profissionais do Centro de Saúde da Família de Santa Teresa, no município de Tauá do Ceará, no Brasil.

A equipe multidisciplinar clínica é formada por profissionais de medicina, enfermagem, medicina dentária, fisioterapia, nutrição, serviço social e ainda agentes comunitários de saúde.

3.2. Organização da Coleta de Dados

Para obter opiniões dos profissionais e gestores, construiu-se um questionário específico com 14 questões (Apêndice 1).

Segundo Parasuraman (2009), um questionário é tão-somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do estudo.

Assim, consideram-se os objetivos do estudo para a construção do questionário, nomeadamente a necessidade de compreender a percepção dos profissionais e gestores sobre como:

- Ocorre o atendimento prestado ao idoso na Atenção Primária.
- É utilizada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária.
- Como é feita a partilha de informações entre os profissionais da Atenção Primária.
- O interesse de uma possível implantação do Prontuário Eletrônico do Idoso (PEI).

Consequentemente, as 14 questões do questionário subdividem-se da seguinte forma:

- As questões números 1 e 2 pretendem verificar se ocorre, na prática quotidiana, uma diferenciação de atendimento de acordo com o que foi expresso na seção 2.3. (Atendimento Diferenciado) desta dissertação.
- As questões números 3, 4, 5 e 6, pretendem verificar se na prática do atendimento dos idosos no centro de saúde a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa está sendo bem utilizada, dada a sua importância como foi referido na seção 2.4. (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa) desta dissertação.
- As questões números 7, 8, 9, 10 e 11, pretendem verificar se ocorre a partilha de informação clínica dos idosos entre os profissionais, cuja importância foi referida na seção 2.5. (Prontuário Eletrônico do Paciente) da presente dissertação.
- Finalmente, as questões números 12, 13 e 14 foram incluídas para averiguar qual a disponibilidade dos profissionais em aderirem a novas ferramentas de trabalho, nomeadamente a implantação de um PEI para o atendimento do idoso na atenção primária.

Os resultados da aplicação deste instrumento de colheita de dados serão apresentados no próximo capítulo.

Capítulo 4 – Resultados

Para a concretização dos objetivos da presente dissertação realizou-se um estudo no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa localizado no município de Tauá no Ceará, Brasil.

Para além da caracterização dos participantes no estudo, o presente capítulo apresenta os resultados experimentais, subdivididos de acordo com o atendimento aos idosos, a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a partilha de informações clínica do usuário entre os profissionais, e a opinião dos profissionais de saúde sobre a implantação do Prontuário Eletrônico do Idoso (PEI).

Os dados foram coletados, tabulados e são exibidos em forma de gráficos por forma a facilitar a análise.

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 16 funcionários, 11 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com idade entre 28 a 45 anos, sendo todos profissionais de saúde.

Entre eles estão: a gestora, a secretária de saúde, a coordenadora do posto de saúde, a coordenadora da Atenção Primária, a coordenadora da Estratégia de Saúde da Família, um médico, duas enfermeiras, três agentes de saúde da família, uma fisioterapeuta, um dentista, duas assistentes sociais e um nutricionista.

4.2. Atendimento aos Idosos

Nesta secção são apresentados os resultados relacionados com as perguntas 1 e 2 do questionário aplicado aos 16 funcionários do Centro de Saúde da Família de Santa Teresa.

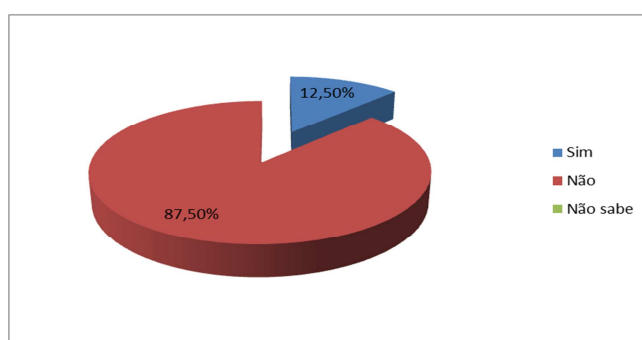


Gráfico 1 - Protocolo de atendimento à pessoa idosa.

Conforme o gráfico 1, 87,50% dos entrevistados da presente pesquisa relataram a não existência de um protocolo de atendimento específico para a pessoa idosa no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa.

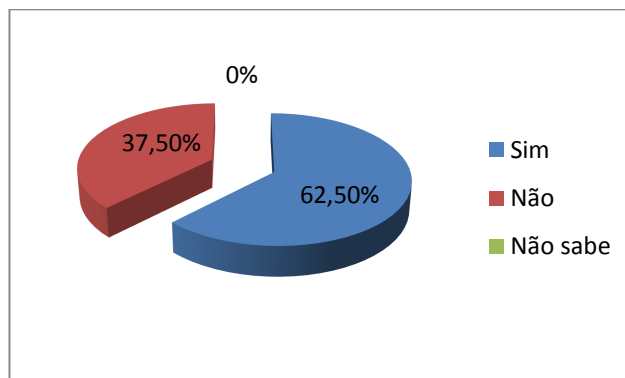


Gráfico 2 - Fluxo de Informações referentes à saúde do idoso.

De acordo com o gráfico 2, 62,50% dos entrevistados têm conhecimento da existência dos fluxos de informações referentes à saúde dos usuários idosos colhidos durante o atendimento no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa.

4.3. Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

As perguntas 3,4,5 e 6 do questionário aplicado aos 16 funcionários do Centro de Saúde da Família de Santa Teresa dizem respeito à utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e os seus resultados serão apresentados de seguida.

Conforme o gráfico 3, 87,00% dos profissionais de saúde entrevistados relataram que, sempre ou na maioria das vezes, utilizam da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

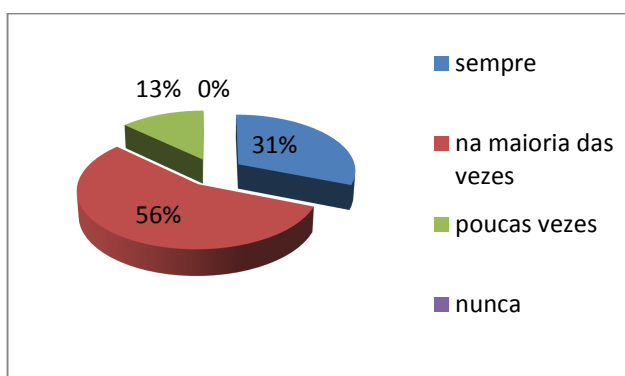


Gráfico 3 - Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais.

De acordo com o gráfico 4, 69,00% dos entrevistados relataram que os idosos utilizam da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa quando vão às consultas.

Por outro lado, a partir do gráfico 5, é possível constatar que 18,00% dos entrevistados consideram, sempre ou na maioria das vezes, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como fonte de pesquisa para construção de indicadores de saúde na Atenção Primária.

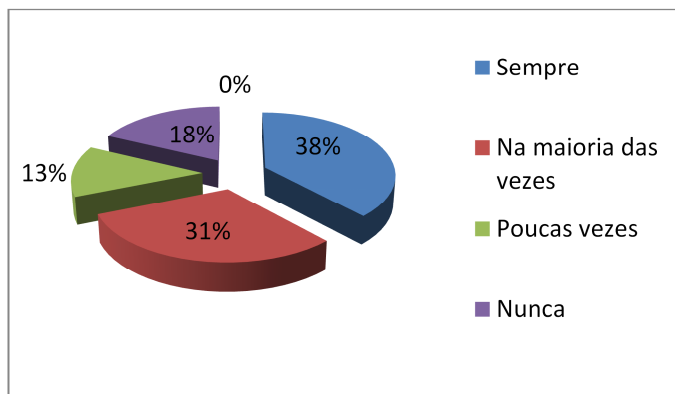


Gráfico 4 - A utilização da Caderneta por parte dos idosos quando vão às consultas.

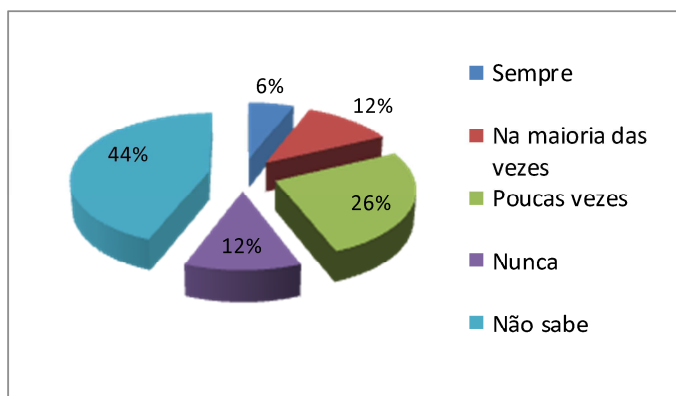


Gráfico 5 - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como fonte de pesquisa para construção de indicadores da saúde do idoso.

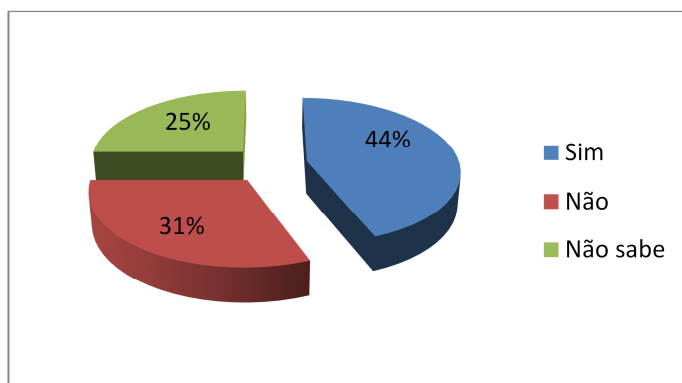


Gráfico 6 - Impacto no atendimento ao idoso na Atenção Primária com a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Observa-se no gráfico 6 que 44,00% dos entrevistados responderam que houve impacto no atendimento do idoso na Atenção Primária com a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

4.4. Partilha de Informações Clínica do Usuário entre os Profissionais

Nesta secção são apresentados os resultados às questões números 7, 8, 9, 10 e 11 do questionário aplicado.

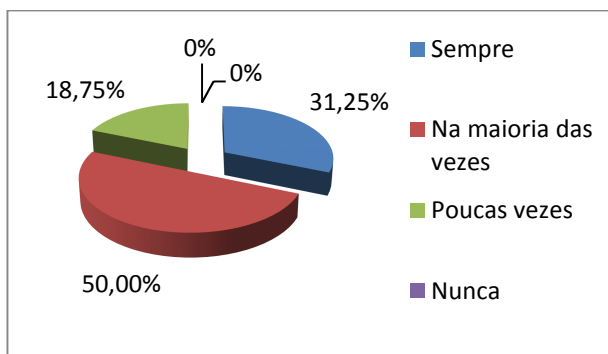


Gráfico 7 - Informações sobre atendimento ao idoso são registradas pelos profissionais de saúde.

De acordo com o gráfico 7, 50,00% dos entrevistados responderam que na maioria das vezes as informações sobre os atendimentos aos idosos são registrados pelos profissionais de saúde do Centro de Saúde da Família de Santa Teresa, 31,25% responderam que registram sempre e 18,75% disseram poucas vezes.

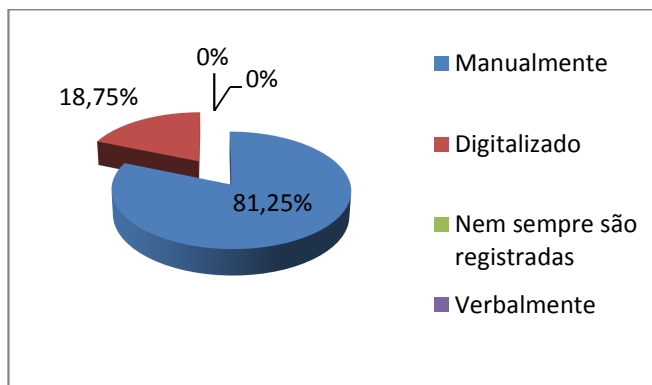


Gráfico 8 - Como são registradas as informações.

Segundo o gráfico 8, 81,25% das informações sobre atendimento ao idoso são registradas manualmente e somente 18,75% são digitalizadas.

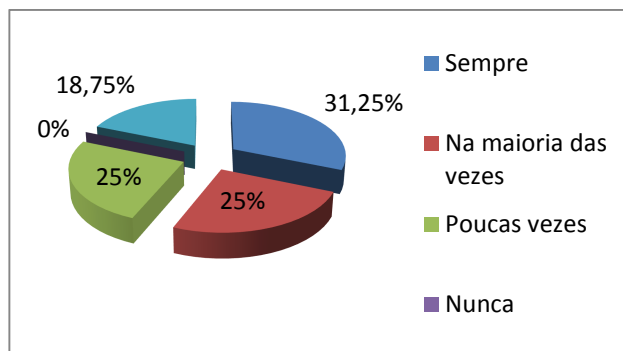


Gráfico 9 - Periodicidade do compartilhamento das informações de saúde dos usuários.

Segundo os dados do gráfico 9, quanto à periodicidade do compartilhamento das informações de saúde dos usuários, 31,25% dos entrevistados declararam que há sempre informações recolhidas sobre a saúde dos usuários durante o atendimento, 25,00% relataram na maioria das vezes, 25,00% poucas vezes e 18,75% não sabe.

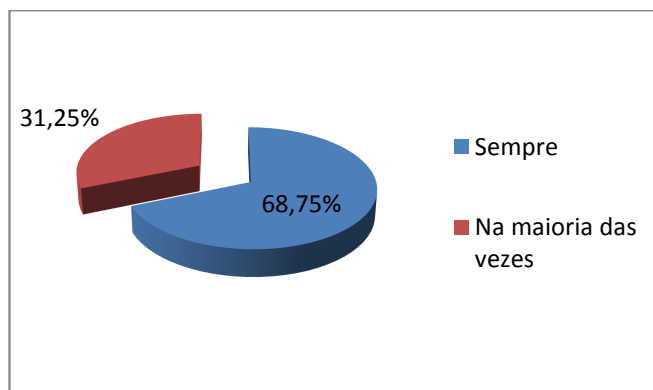


Gráfico 10 - Acesso às informações clínicas.

De acordo com o gráfico 10, 68,75% dos entrevistados responderam que os idosos sempre têm acesso a suas informações clínicas e 32,25% na maioria das vezes.

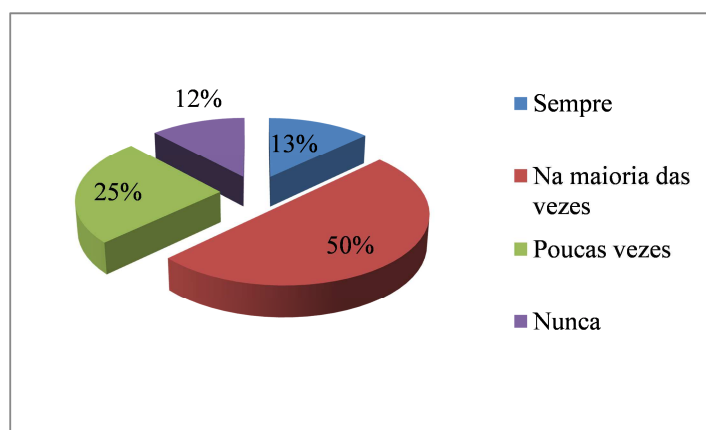


Gráfico 11 - Acompanhamento da evolução clínica dos usuários.

No gráfico 11, 50,00% dos entrevistados responderam que são realizados acompanhamento comparativo da evolução clínica dos usuários pela equipe de saúde.

4.5. Opinião dos Profissionais de Saúde sobre a Implantação do PEI

Finalmente, os resultados das perguntas 12, 13 e 14, relativas à opinião dos profissionais sobre a implantação do PEI, são apresentados nesta seção.

De acordo com o gráfico 12, na avaliação do grau de resolutividade do atendimento dos idosos na Atenção Primária e 75,00% dos entrevistados responderam satisfatório e 12,50% muito insatisfatório.

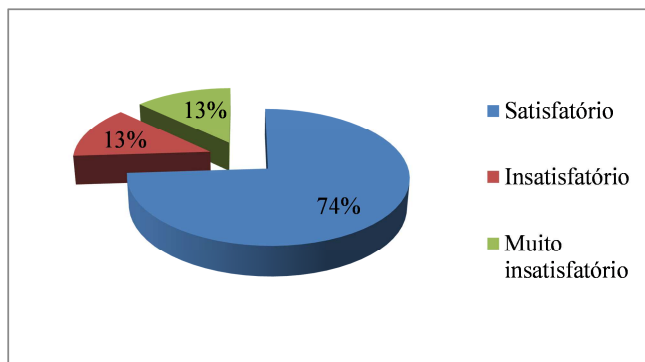


Gráfico 12 - Grau de resolutividade do atendimento dos idosos.

Segundo o gráfico 13, 87,50% dos entrevistados consideram necessário desenvolver um PEI para o atendimento do idoso na Atenção Primária considerando que assim fica mais organizada as informações e agilidade no atendimento, evitando também o extravio do prontuário.

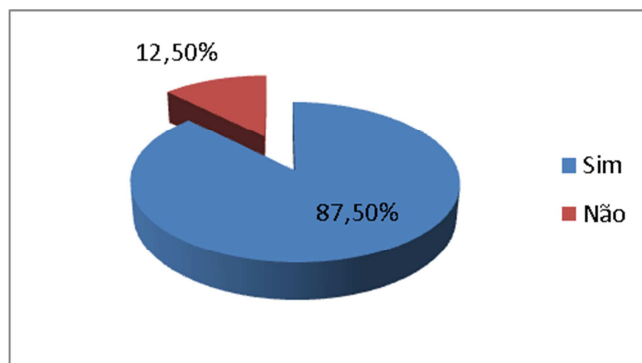


Gráfico 13 - Necessidade de desenvolver um PEI.

Finalmente, pode-se observar no gráfico 14, que 68,75% dos entrevistados concordaram com a necessidade da implantação de um PEI no atendimento do Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá.

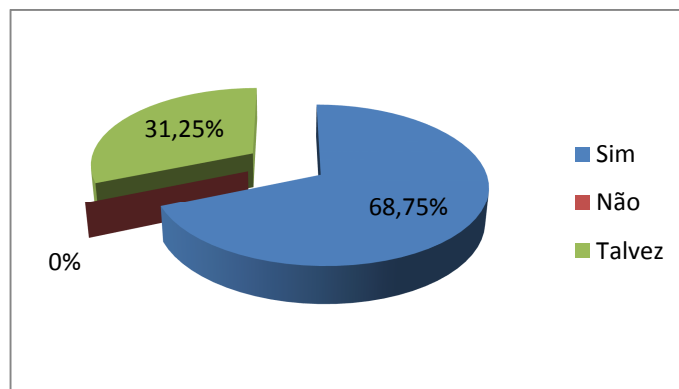


Gráfico 14 - Necessidade da implantação de um PEI para o idoso.

Capítulo 5 – Discussão

A apresentação dos resultados efetuada no capítulo anterior está alinhada com os quatro objetivos específicos anteriormente enumerados no capítulo Introdução desta dissertação:

- Compreender por meio da percepção dos gestores e profissionais de saúde, como ocorre o atendimento prestado ao idoso na Atenção Primária.
- Verificar como é utilizada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária.
- Verificar se existe partilha de informações entre os profissionais da Atenção Primária.
- Averiguar a opinião dos profissionais da Atenção Primária quanto a implantação do Prontuário Eletrônico do Idoso (PEI).

Assim, pretende-se neste capítulo discutir os resultados, caracterizar os procedimentos atuais e averiguar o grau de receptividade à introdução de um PEI.

5.1. Atendimento aos Idosos

Conforme se verifica no gráfico 2 da seção 4.2. (Atendimento aos Idosos), 62,50% dos profissionais de saúde entrevistados têm conhecimento da existência do fluxo de informações referentes à saúde dos usuários idosos, embora, de acordo com o gráfico 1 da mesma seção 4.2., 87,50% dos profissionais de saúde entrevistados na presente pesquisa relataram a não existência de um protocolo de atendimento específico para a pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde pesquisada.

Tal como foi referido no capítulo 2 (Enquadramento) desta dissertação, o Estatuto do Idoso, além de outros direitos, explicita a preferência e rapidez com que o Estado é obrigado a gerir a saúde do idoso. Assim, no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá existe um protocolo de atendimento específico à pessoa idosa, o qual foi elaborado com a finalidade de apresentar a todos os profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde a necessidade de um olhar geronto-geriátrico a partir do primeiro contato com a pessoa idosa da comunidade. Por isso, nesse contexto pergunta-se: Qual a razão de um índice tão elevado de desconhecimento desse documento? Será que estamos perante uma coordenação deficiente dos serviços?

Segundo Motta, Aguiar e Caldas (2011) apesar de existirem ações programáticas do Ministério da Saúde com o objetivo promover uma maior consciencialização dos profissionais relativamente a questões específicas relacionadas com a prestação de cuidados, a sobrecarga

dos serviços, nomeadamente devido ao grande número de idosos adstritos, acarreta grandes dificuldades de coordenação entre os níveis de atenção.

5.2. Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

De acordo com os gráficos 3, 4, 5 e 6 da seção 4.3. (Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa) pode-se verificar a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, sendo esta uma estratégia essencial para o acompanhamento da saúde população idosa. Tal vai de encontro aos próprios objetivos da implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa porque nela devem ser registradas informações importantes sobre as condições de saúde do idoso para que os profissionais de saúde tenham a informação necessária para decidir quais as melhores ações ou intervenções (Castro e Vargas, 2009).

De acordo com o gráfico 3 da mesma seção 4.3., 31,00% dos profissionais relatam que utilizam sistematicamente a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, enquanto 56,00% o fazem a maioria das vezes.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pode ser utilizada para avaliar a história clínica do idoso. Por exemplo, nela podem ser relatadas as cirurgias realizadas ao longo do ciclo de vida, o que é importante, pois a probabilidade de o idoso já ter sido submetido a uma intervenção cirúrgica é muito alta. Esta informação pode ser bastante útil na avaliação global do idoso e no reconhecimento de algumas complicações que podem estar relacionadas a determinadas cirurgias. Se houver histórico de alguma complicação cirúrgica ou clínica durante a internação, esta informação também deverá ser anotada.

Por outro lado, antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (Brasil, 2010).

Se os resultados parecem apontar para o facto de a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ser considerado um instrumento relevante para os profissionais da Atenção Primária, também apontam, por outro lado, para uma boa aceitação por parte dos usuários idosos: de acordo com o gráfico 4 da seção 4.3. (Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa), percebe-se que 69,00% dos usuários utilizam sempre ou a maioria das vezes a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa quando vão às consultas.

Isto é muito importante visto que a grande maioria dos idosos faz uso de medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas, prescritos ou não por profissionais de saúde habilitados. Desta forma, é fundamental que estejam registrados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e conferidos em toda consulta. Deve-se anotar o nome do medicamento, a concentração e o intervalo entre as doses, além do tempo de uso. Muitas vezes, a medicação foi sugerida por algum amigo ou parente, o que chama-se de automedicação, que representa um grande risco para a saúde.

De acordo com o gráfico 5 da seção 4.3. (Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa), 44,00% dos profissionais diz não saber que a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pode ser uma fonte de pesquisa para a construção de indicadores da saúde do idoso, enquanto 18,00% afirma que este documento pode ser utilizado sempre ou na maioria das vezes como fonte de pesquisa para a construção de indicadores da saúde do idoso. Estas percentagens estão

claramente abaixo das percentagens relativas às restantes questões relacionadas com a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o que é natural porquanto o uso secundário de informação não é, certamente, a maior preocupação para aqueles que estão na linha da frente da prestação de cuidados.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa está associada à proposta de contribuir para suprir o deficit de informação, já que foi pensada em um novo molde de avaliar o envelhecimento, a capacidade funcional. A premissa é que, se houver um manuseio e preenchimento correto da caderneta, será possível identificar idosos que já se encontrem fragilizados ou em processo de fragilização (Mota, 2006).

Por isso mesmo, é natural que no gráfico 6 da seção 4.3. (Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa), 44,00% dos profissionais de saúde pesquisados responderam que houve impacto no atendimento do idoso na Atenção Primária com a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Esse facto tem relação com a complexa estruturação do modelo de atenção básica posto em prática pela Unidade Básica de Saúde, que, por sua vez, emergiu de construções teórico-operacionais que propõem direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço e se voltam particularmente para o nível local (Leopardi, 2010). Essa complexidade na condução das ações na Estratégia envolve não somente as facetas da gestão da atenção no planeamento e organização das ações e na oferta dos serviços, mas, também, as de financiamento.

Apreende-se do exposto que os esforços da Atenção Primária para capacitar os profissionais para trabalharem com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do repasse das mesmas entre as equipes e do monitoramento dessas atividades, começam a dar os seus frutos, contrariamente ao que era reportado há alguns anos atrás (Mota, 2006).

5.3. Partilha de Informações Clínica do Usuário entre os Profissionais

Os gráficos 7, 8, 9, 10 e 11 da seção 4.4. (Partilha de Informações Clínica do Usuário entre os Profissionais) tratam da partilha de informações clínicas do usuário entre os profissionais de saúde.

A análise do gráfico 7 da referida seção 4.4. demonstra que 81,25% das informações sobre atendimento ao idoso são registradas sempre ou quase sempre pelos profissionais de saúde. No entanto, apenas 18,75% são digitalizadas, sendo que muitas vezes a registadas manualmente, tal como se pode ver no gráfico 8 da mesma seção 4.4..

Quanto a periodicidade 56.25% dos funcionários pesquisados declararam que nunca ou poucas vezes as informações são colhidas durante o atendimento tal como demonstra o gráfico 9 da seção 4.3. (Partilha de Informações Clínica do Usuário entre os Profissionais), mas, em contrapartida, de acordo com o gráfico 10 da referida seção 4.4., 100% dos entrevistados afirmaram que os idosos têm sempre ou na maioria das vezes acesso às suas informações clínicas.

Claramente, esses números deveriam ser explorados, quer sob o ponto de vista dos usuários (qual será a percentagem de usuários que sentem que têm acesso às informações que procuram?), quer sob o ponto de vista dos próprios profissionais: aparentemente nas consultas a prestação de informação aos usuários parece ser preponderante em relação à recolha de informação sobre as condições de saúde dos próprios usuários.

Finalmente, de acordo com o gráfico 7 da já referida seção 4.3., 62.50% dos entrevistados responderam que são realizados acompanhamento comparativo da evolução clínica dos usuários pela equipe de saúde. Tal é relevante e demonstra a importância de existir informação clínica fiável e acessível.

5.4. Opinião dos Profissionais de Saúde sobre a Implantação do PEI

Os gráficos 12, 13, 14 e 15 da seção 4.5. (Opinião dos Profissionais de Saúde sobre a Implantação do PEI) pretendem ilustrar a opinião dos profissionais de saúde sobre a implantação de um PEI.

De acordo com o gráfico 12, 87.50% dos participantes responderam que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o grau de resolatividade do atendimento dos idosos na Atenção Primária. Portanto, a grande maioria dos profissionais são de opinião que o Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá está em condições de suprir na íntegra as necessidades de saúde dos idosos.

De acordo com o gráfico 13, 87,50% dos pesquisados consideram necessário desenvolver o PEI para o atendimento do idoso na Atenção Primária. Por outro lado, de acordo com o gráfico 14, 68,75% dos profissionais de saúde concordaram com a necessidade da implantação de um PEI no atendimento na Atenção Básica de Saúde dos usuários no município de Tauá.

Percebe-se, portanto, que inúmeras são as vantagens e possibilidades advindas da utilização do PEI, tais como: o desenvolvimento de prontuários padronizados baseados em sistemas de processamento digital, a possibilidade de manter registros longitudinais que abarcam toda a vida do indivíduo, e a criação de bases de dados contendo informações agregadas clínicas e administrativas são reconhecidos como de grande impacto e benefício na melhoria da eficácia, eficiência, segurança, e qualidade da prática de saúde.

Esse resultado corrobora com o estudo de Massad e Marin (2003) quando diz que na era da tecnologia da informação, os registros dos pacientes, antigamente efetuados em papel, estão sendo aos poucos substituídos por sistemas automatizados denominados Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP). Essa nova tecnologia tem o objetivo de não apenas substituir o prontuário em papel, mas também de aumentar a qualidade da assistência à saúde através de novos recursos e aplicações. Pode-se associar ao prontuário a evolução dos equipamentos de imagens e sinais, que são cada vez mais recomendados em diferentes tipos de media. Com as facilidades da internet através das tecnologias Web, pode-se justificar o desenvolvimento desta ferramenta, com as facilidades de conectividade, uso, flexibilidade e segurança.

Segundo Mourão e Neves (2007) os registros clínicos efetuados em prontuários eletrônicos permitem que esses indicadores de saúde e outros dados absolutos relativos a consultas médicas, atividades coletivas e outras ações possam ser acompanhados de maneira muito mais dinâmica e efetiva qualificando os processos assistenciais.

Recorrendo a Barbosa (2006), que realizou um estudo sobre Sistemas de Informação em Saúde, são identificáveis limitações dos Sistemas de Informações em Saúde, como por exemplo, o nível de desagregação e a falta de unicidade ou intercomunicação entre os sistemas já que, no Brasil eles são de responsabilidade de distintas agências nacionais e de diversos setores do próprio Ministério da Saúde.

Capítulo 6 – Conclusão

Pela experiência, adquirida durante o trabalho de seis anos, na coordenação da saúde do idoso da Atenção Primária em Fortaleza, a autora observou que o atendimento aos idosos nos Centros de Saúde poderia ser melhorado. Na verdade, na maioria dos locais, por princípio, o idoso tem prioridade, mas tal não é o que acontece na realidade. Tanto pela falta de profissionais específicos para atendimento na área de gerontologia, como pela falta de registros nos prontuários, impossibilitando a construção de um indicador de saúde deste público-alvo, a autora constatou que o atendimento ao idoso se baseia num modelo assistencial anacrônico e inadequado.

Com a evolução da informática, a necessidade de gerir dados clínicos é assegurada por Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) que podem ajudar a personalizar os cuidados, evitar erros médicos, promover a consistência de informação, controlar os custos e facilitar a investigação clínica (Rocha et al., 2015).

O PEP consiste em automatizar todo ciclo de atendimento ao paciente, que vai desde a admissão deste, passa pela prescrição médica, integração com a farmácia, exames de diagnóstico até o uso de serviços de apoio como nutrição, fisioterapia e a saída efetiva do paciente. A maioria das instituições no mundo está trabalhando para atingir a realidade do prontuário eletrônico, mas o discurso ainda não acontece na prática. O padrão também é importante no avanço do prontuário eletrônico porque o histórico médico é de propriedade de cada pessoa e deve ser hospedado e gerenciado por cada instituição num padrão que seja acedido por todos os que estiverem autorizados para tal e, principalmente, pelo paciente. O PEP representa o acesso à informação e a partir disso, a área de saúde como um todo tem mais capacidade de reduzir custos e desperdícios, além de garantir ainda mais a vida.

A utilização do PEP não tem sido dificultada necessariamente pela tecnologia, mas está relacionada à forma de trabalho dos profissionais ou é de natureza organizacional. Não basta que os sistemas estejam integrados, é necessário que os profissionais também estejam.

Para tal os PEP devem permitir o histórico clínico dos usuários, designadamente, relatórios, imagens, ou outros exames complementares, para otimizar o acesso à informação clínica pela equipe de saúde, bem como facilitar a assistência profissional prestada ao usuário, através da documentação do diagnóstico e do tratamento a que a que foi submetido.

No período em que esteve à frente da citada coordenação já a autora concluiu da necessidade de se desenvolverem novas ferramentas que permitissem reorganizar o atendimento dos usuários idosos nas unidades de saúde. Em particular, com o objetivo de agilizar o atendimento por parte dos profissionais de saúde, a implantação de um Prontuário Eletrônico do Idoso (PEI) deve ser considerada. Para tal a autora, considerando a sua experiência pessoal, defende que as bases de dados associadas à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do

Ministério da Saúde, podem servir como um bom ponto de partida para a implantação de um PEI.

Neste contexto, a presente dissertação teve como objetivo geral a caracterização do atendimento de idosos no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá para ser possível averiguar, com base na análise dos procedimentos atuais e na percepção dos profissionais de saúde, qual a viabilidade de implantação de um PEI.

Uma das principais conclusões é que a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa assume um papel muito relevante no Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá, quer entre os profissionais, quer entre os usuários.

Apesar das vantagens associadas à utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, acredita-se que é de suma importância a utilização de sistemas de informação que incluam o prontuário eletrônico no âmbito da Atenção Primária, a fim de identificar os usuários, facilitar a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações em um país com dimensões continentais e imensa diversidade cultural.

Nesse sentido procurou-se averiguar o grau de receptividade à implementação de um PEI por parte dos profissionais do Centro de Saúde da Família de Santa Teresa do município de Tauá. Neste particular, 87,50% dos entrevistados consideram necessário desenvolver um PEI para o atendimento do idoso na Atenção Primária, o que facilitaria a organização da informação e a consequente agilidade no atendimento.

Assim, os profissionais estão receptivos à utilização de novas ferramentas como o PEI, o qual poderá proporcionar mais qualidade ao atendimento e à gestão pública, com condições de superar os desafios para implantação e tornar-se uma prática comum na Unidade Básica de Saúde.

Pode-se concluir, então, que há receptividade para a implantação do PEI, o que poderá traduzir-se em ganhos de qualidade, principalmente no que diz respeito a maior confiabilidade das informações para a tomada de decisão, intercâmbio dos dados dos pacientes, guarda dos registros, continuidade na assistência devido ao fluxo contínuo de informações e integração entre diversos sistemas. No entanto, a Unidade Básica de Saúde, deverá verificar todos os aspectos de sua implantação, sendo necessária uma preparação organizacional, para que essas vantagens venham a ser realmente percebidas pelos clientes e profissionais, superando as potenciais desvantagens.

Desta forma, este trabalho poderia servir de fonte para futuras pesquisas relacionadas com o impacto de tecnologias na assistência e nos cuidados médicos, visando uma melhor qualidade para o paciente.

Referências

BARBOSA, DCM. Sistemas de informação em saúde: a percepção e avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto/SP. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2006.

BRASIL. Lei Orgânica da assistência social (LOAS). Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, 1993.

BRASIL. Lei 8842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARVALHO, AM; COUTINHO, ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Revista de Saúde Pública, 2015; 36 (4): 448-54.

CASOTTI, FM. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) Ferramenta de Gestão e Assistência Médica Distribuída com a Integração dos Dados na Saúde. Monografia. Faculdade do Espírito Santo, Cachoeiro de Itapemirim ES, 2007.

CASTRO, MR; VARGAS, LA. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. Physis (Rio J.) 2009; 15:329-51.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acedido em 16 de junho de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.639/2002, de 10 de julho de 2002. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm. Acedido em 16 de junho de 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados Brasília: CONASS, 2011.

COSTA, CGA. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um Sistema de prontuário eletrônico do Paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software. 2001. Dissertação Mestrado Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001. Disponível em <http://www.medsolution.com.br/claudio/dissertacao/>. Acedido em 28 de março de 2011.

FEIJÓ MCC, PORTELA MC. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. Cadernos de Saúde Pública, v.17, n.3, p. 627-637. 2008.

FREITAS, EVD; PY, L; NERI, AL; CANÇADO, FAX; DOLL, J; GORZONI, ML. Tratado de geriatria e gerontologia. In Tratado de geriatria e gerontologia. Guanabara Koogan, 2006.

GIACOMIN, KC, PEIXOTO, SV; UCHOA, E; LIMA-COSTA, MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(6):1260-1270.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOI, L. Terceira idade: que idade é essa? São Paulo: Wak editora. 2009.

HOGARTH, M; SABBATINI, RME. Informática e a Medicina do Século 21. Revista Informática Médica, v. 1, n. 2, mar/abr. 1998. Disponível em: <http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0102/hogarth.htm>. Acedido em 02 de novembro de 2011.

LAURENTI R, BUCHALLA CM, CARATIN CVS. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.74, n.6, p.483-487. 2000.

LEOPARDI, MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2010.

LIMA-COSTA, MF, VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública, Belo Horizonte, v.19, n.3, p. 700-701. 2003.

MARCHON, RM; CORDEIRO, RC; NAKANO, MM. (2010). Capacidade funcional, estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13, 203-214.

MARIN, HF. Vocabulário: Recurso para Construção de Base de Dados em Enfermagem. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 13, n.1, p. 86-89, 2000. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_1/pdf/art9.pdf. Acedido em 19 de junho de 2011.

MASSAD, E, MARIN, HF. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo, 2003.

MORESI, E. Metodologia da Pesquisa, Brasília, 2008, Universidade Católica De Brasília – UCB, Pró-Reitoria De Pós-Graduação – PRPG Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Em Gestão Do Conhecimento E Tecnologia Da Informação. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_da_pesquisa.pdf> Acesso em: 30/06/2015.

MOTA, FRL. Prontuário eletrônico do paciente e o processo de competência informacional. Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 22, 2006. Disponível em

<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/277/364>. Acedido em 01 de maio de 2011.

MOTTA, LB; AGUIAR, AC; CALDAS, CPC. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):779-786, abr, 2011.

MOURÃO, AD; NEVES, JTR. Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Faculdade Cenecista de Varginha – FACECA, 2007.

MURPHY, GF; HANKEN, MA; WATERS, KA. Electronic Health Records: Changing the Vision. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2008.

NOVAES, HMD. A evolução do registro médico. O Prontuário Eletrônico do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico. São Paulo: USP, 2003. Disponível em <http://www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf>. Acedido em 16 de junho de 2011.

OLIVEIRA, PH; MATTOS, IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. Epidemiol Serv Saúde 2012; 21(3):395-406.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O que são a saúde pública implicações do envelhecimento? Relatório mundial de consulta OMS; 2008.

PARASURAMAN, A. Marketing research. 2.ed.Addison Wesley Publishing Company, 2009.

PINTO, VB. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. Florianópolis, 2006. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/147/14702104.pdf>. Acedido em 19 de junho de 2011.

ROCHA, NP; et al. Information persistence services designed to support home care. JMIR medical informatics, 3.1: e 15, 2015.

SALVADOR, VFM; ALMEIDA FILHO, FGV. Aspectos éticos e de Segurança do prontuário eletrônico do paciente. In: JORNADA DO CONHECIMENTO E DA TECNOLOGIA, 2., 2005, Marília. Disponível em <http://metaavaliacao.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/viewPDFInterstitial/12/7>. Acedido em 28 de março de 2011.

SANTINI, RCG. Dimensões do lazer e da recreação: questões espaciais, sociais e psicológicas. São Paulo: Angelotti, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES). Versão 3.3. Certificação 2009. Disponível em <http://www.sbis.org.br/>. Acedido em 19 de maio de 2015.

VERGARA, SC. Métodos de Pesquisa em Administração. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Apêndices

Apêndice A - Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte de uma pesquisa de Especialização em Gerontologia com acesso ao Mestrado de Gerontologia na Universidade de Aveiro – Portugal. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Em anexo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as respostas sejam respondidas.

1. Existe um protocolo de atendimento, específico para à pessoa idosa?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

2. Existe compartilhamento na equipe multiprofissional, das informações referentes à saúde do usuário Idoso colhidas pelos profissionais de saúde, durante o atendimento no posto?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

3. No atendimento ao idoso os profissionais de saúde, utilizam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca

4. Você, profissional de saúde, observa a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos Idosos durante o atendimento?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

5. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é utilizada como fonte de pesquisa para construção de indicadores da saúde do idoso?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

6. Em sua opinião houve impacto no atendimento do idoso na Atenção Primária, com a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

7. As informações obtidas durante os atendimentos ao idoso são registradas pelos profissionais de saúde?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

8. Registradas as informações de que forma rearrumar?

- ☐ Manualmente
- ☐ Digitalizado
- ☐ Nem sempre são registradas
- ☐ Verbalmente

9. Qual a periodicidade, do compartilhamento das informações de saúde dos usuários colhidas durante o atendimento?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

10. Os idosos têm acessos a suas informações clínicas, como resultados de exames e observações, quando necessário?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

11. São realizados acompanhamentos da evolução clínica dos usuários de forma comparativa, pela equipe de saúde?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maioria das vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

12. Como você, profissional de saúde, avalia o grau de resolutividade do atendimento dos idosos na Atenção Primária?

- ☐ Muito satisfatório

- ☐ Satisfatório
- ☐ Insatisfatório
- ☐ Muito insatisfatório
- ☐ Não sabe

13. Na sua opinião, é necessário desenvolver um prontuário eletrônico para o atendimento do idoso na atenção primária. Porquê?

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Necessidade da implantação de um prontuário eletrônico para o idoso no município de Tauá?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Sr(a): Eu, Virna Maria Aguiar Frota, CPF. nº 457 661 263 - 87, Terapeuta Ocupacional, residente na Cidade de Fortaleza, aluna da Faculdade INTA no Município de Sobral-Ceará. Estou realizando uma pesquisa para a qualificação do projeto da Especialização em Gerontologia com acesso ao Mestrado pela Faculdade de Aveiro em Portugal em parceria com o INTA, cujo tema é **INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO ATENDIMENTO DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TAUÁ**, que tem como objetivo analisar a necessidade da implantação de um prontuário eletrônico como ferramenta de trabalho na Atenção Primária na saúde do Idoso, no Município de Tauá.

Solicito sua colaboração respondendo a um questionário. Os dados obtidos serão apresentados junto à comunidade acadêmica, respeitando a sua identidade. Informo ainda, que: Você tem direito de não participar desta pesquisa; Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo; Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar sua participação; Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento das pesquisas científicas e para a melhoria da assistência de (curso); Esta pesquisa não apresenta riscos aos participantes; Não haverá nenhum ônus para você; A qualquer momento poderá ter acesso aos dados desta pesquisa; O presente termo será assinado em duas vias sendo de direito do pesquisado uma das vias assinadas e a outra será destinada ao pesquisador. Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento em minha residência à Rua Tomás Acioly, 320/Ap.703. Qualquer dúvida em relação à pesquisa, você ainda poderá ligar para o INTA, 88 – 9833.0607e com a pesquisadora Virna Maria Aguiar Frota, telefone celular: 85 – 9139.7282.

Gostaria muito de poder contar com a sua cooperação, a qual desde já agradeço. Atenciosamente, Eu, _____ RG. _____, CPF _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho da entrevista. Fortaleza, ____ de ____ de ____ Participante do estudo Pessoa que obteve o termo.